

# Datos de Quejas



La sección a continuación contiene un análisis a nivel estatal de datos colectados por el Departamento de Seguros de Texas.

# Datos de Quejas Contra HMOs

Las tablas y gráficas en este capítulo contienen información que le será muy útil respecto a la cantidad y tipo de quejas que los proveedores médicos, pacientes y otros han presentado ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI).

## Razones Más Comunes por las que se Presentaron Quejas

El análisis de las quejas presentadas en contra de los HMOs ante el Departamento de Seguros de Texas demuestra que la cantidad total de quejas bajó un 44 por ciento comparado con lo que se reportó en año anterior. A pesar de que bajó la frecuencia de quejas en todas las categorías menos una, las razones principales de las quejas siguen siendo el **OFRECIMIENTO INSATISFACTORIO DE LIQUIDACIÓN** (37.1%), **RECHAZO DE RECLAMACIÓN** (21.3%) y la categoría de **DEMORAS EN EL MANEJO DE LA RECLAMACION** (15.6%) aumentó como porcentaje total de todas las quejas presentadas durante el año anterior.

Razones Más Comunes por las que se Presentaron Quejas		2009	2008	2007	2006	2005
Ofrecimiento Insatisfactorio de Liquidación	Con frecuencia es debido a que los proveedores están insatisfechos con el pago que hace el HMO por los servicios.	37.1%	40.4%	19.9%	28.4%	26.6%
Rechazo de Reclamación	Quejas de proveedores y pacientes respecto al rechazo de cobertura de un servicio de cuidado de sa-	21.3%	20.0%	32.2%	27.1%	25.8%
Demoras en el Manejo de la Reclamación	Quejas de proveedores y pacientes porque las reclamaciones no fueron manejadas en un tiempo razonable.	15.6%	12.9%	19.2%	19.0%	25.9%
Recuperación del Pago	Relacionado con situaciones en que el HMO ha pagado de más y la disputa subsiguiente cuando requiere reembolso del proveedor.	2.2%	2.3%	3.8%	4.3%	2.2%
Cobros de Saldo	Facturación de saldo al paciente por gastos que se espera que el HMO pague.	1.7%	1.1%	1.0%	1.8%	2.0%
Acceso a la Atención de Salud	Usualmente debido a las funciones de "portero" que el HMO ejerce o a burocracia interna.	0.5%	0.2%	0.4%	1.6%	1.7%
Deficiencia en Puntualidad en la Presentación de la Reclamación	Una disputa entre el HMO y el proveedor respecto a la falta de puntualidad en la presentación de la reclamación.	0.4%	0.4%	1.9%	5.2%	1.5%

Fuente: Departamento de Seguros de Texas 1º de Julio de 2004 al 30 de junio de 2009

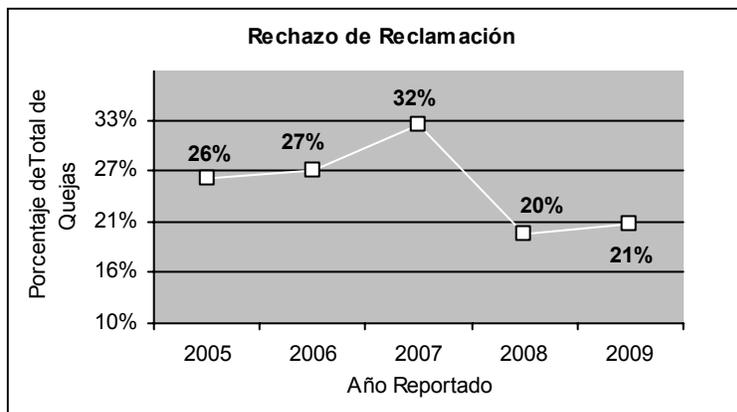
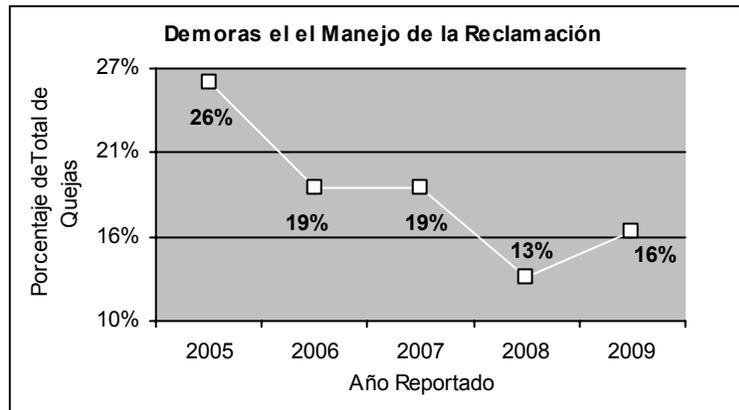
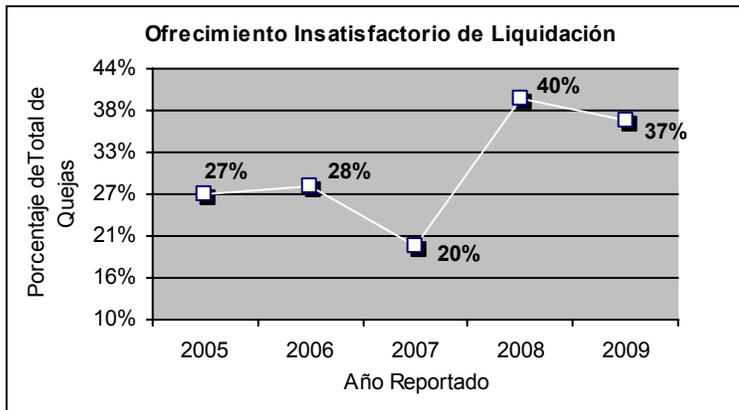
### Notas Aclaratorias

#### Disposición

Las quejas en contra de HMOs cuyo proceso ya terminó son reportadas sin importar si TDI determinó que la queja fue justificada o injustificada.

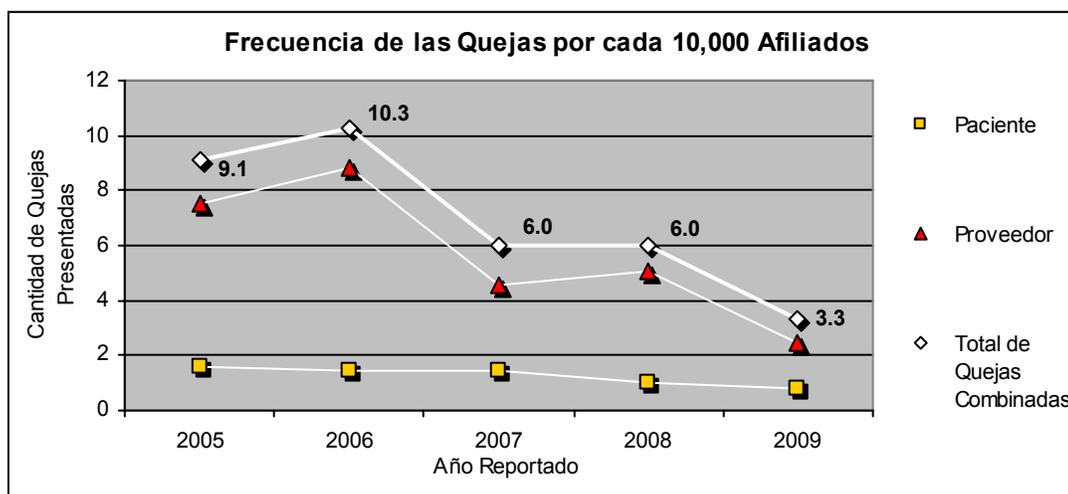
#### Verificación

La Oficina del Asesor Legal Público de Seguros (OPIC) no audita o de ninguna otra manera intenta verificar la veracidad de los datos de quejas o cifras de inscripción utilizadas en este capítulo del reporte.



## Frecuencia de las Quejas

La cantidad total de quejas presentadas por proveedores y pacientes bajó en el reporte del año 2009. Un análisis de las tendencias de años anteriores indica que luego de un breve aumento en el porcentaje de quejas presentadas por pacientes el año pasado, estas quejas están disminuyendo nuevamente.



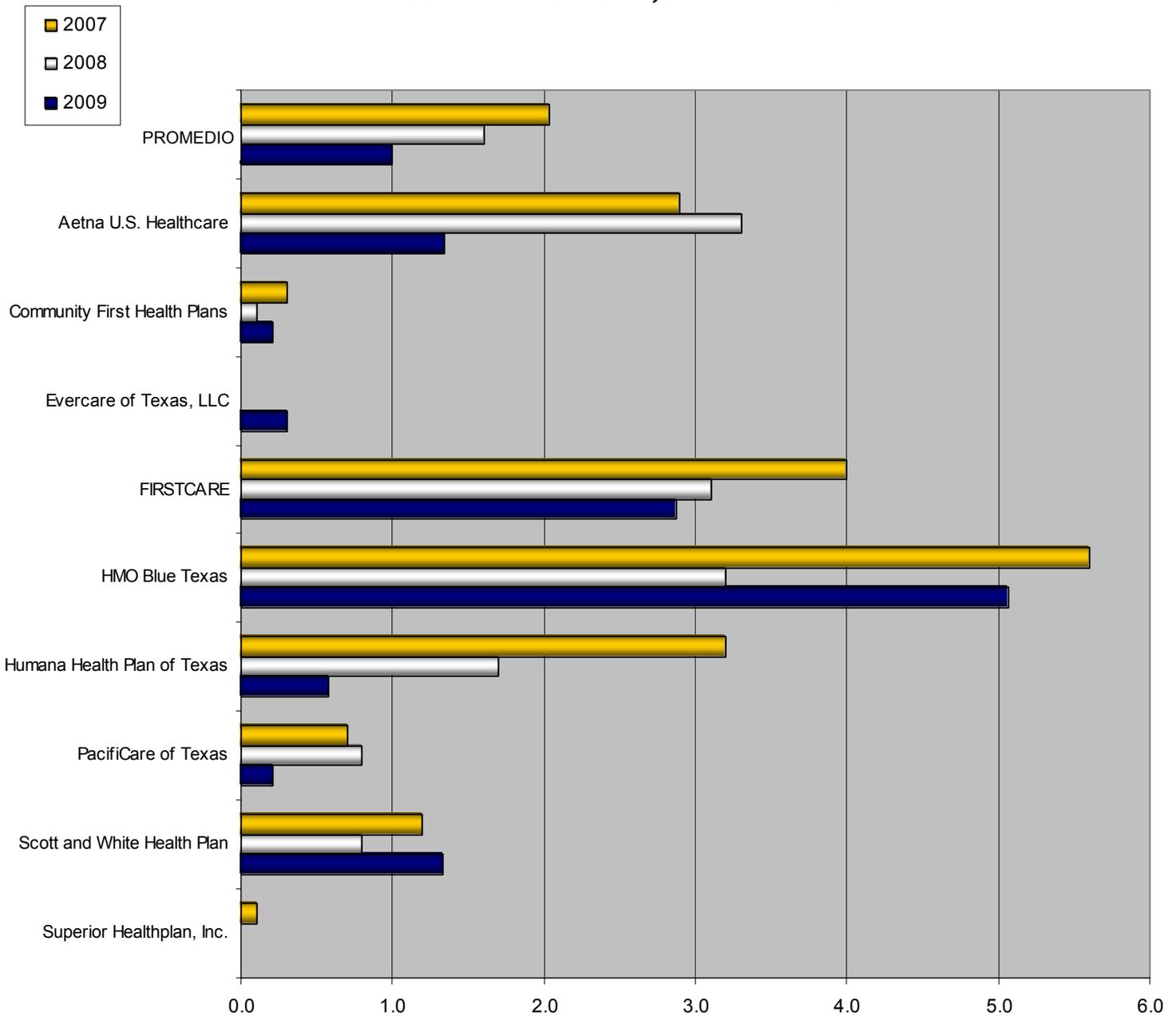
Fuente: Departamento de Seguros de Texas 1° de Julio de 2004 al 30 de junio de 2009

## ¿Cómo se compara su plan con otros planes?

Las gráficas y tablas a continuación lo ayudarán a decidir cómo, en cuestión del número de quejas (paciente, proveedor o combinado) presentadas ante TDI, su plan HMO se compara con los otros HMOs en Texas en relación a 10,000 inscritos en el plan. A diferencia de la porción de la encuesta de cliente en este reporte, los datos de quejas son al nivel estatal. Los HMOs se encuentran agrupados, dependiendo de si la cantidad de sus miembros es más o es menos de 50,000.

# Quejas de los Pacientes\* por cada 10,000 Afiliados

## HMOs con más de 50,000 Afiliados

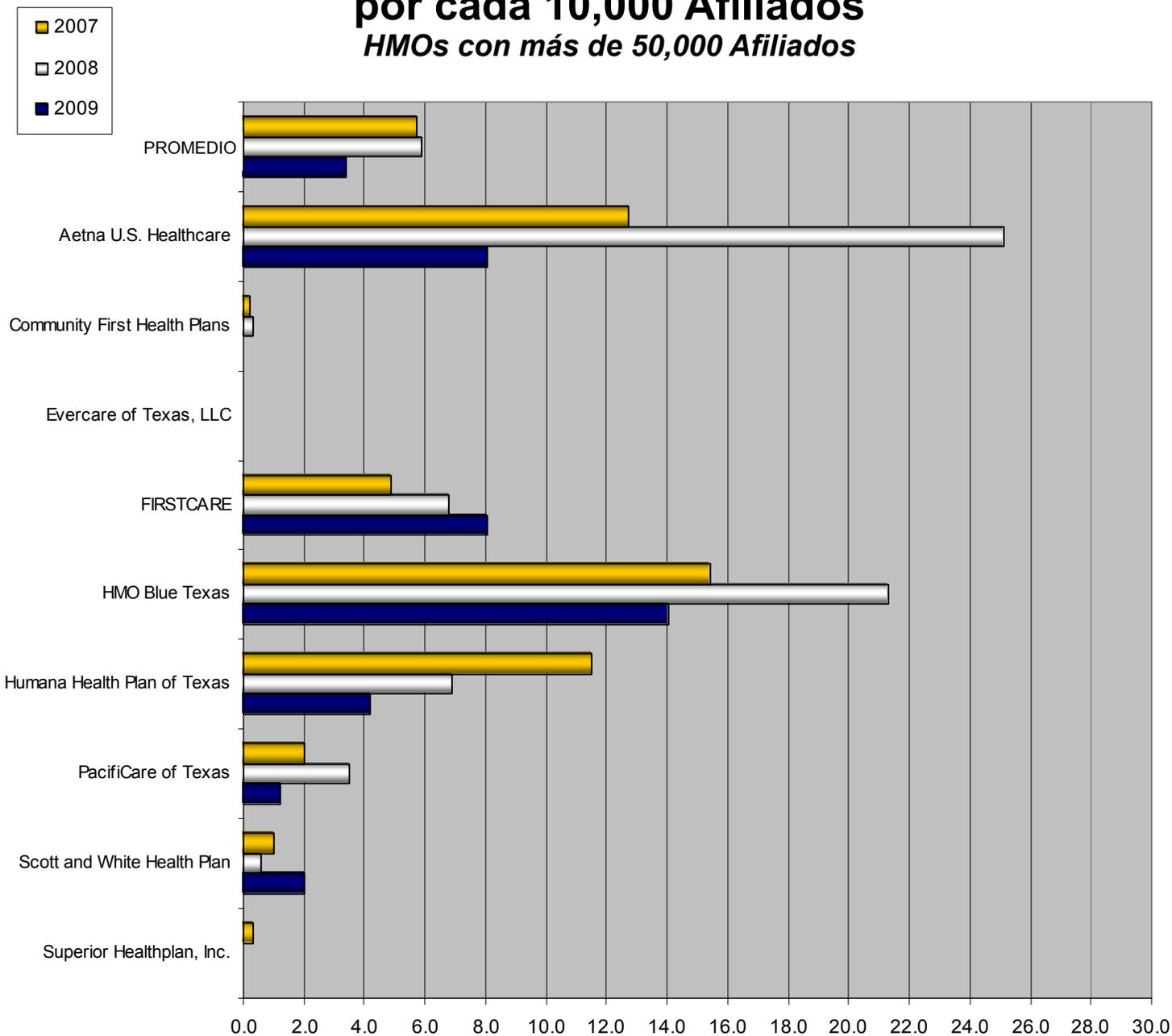


Fuente: Departamento de Seguros de Texas  
1° de Julio de 2006 al 30 de junio de 2009

\* Incluso las quejas presentadas por otros a nombre del paciente.

# Quejas de Proveedores de Atención Médica\* por cada 10,000 Afiliados

*HMOs con más de 50,000 Afiliados*

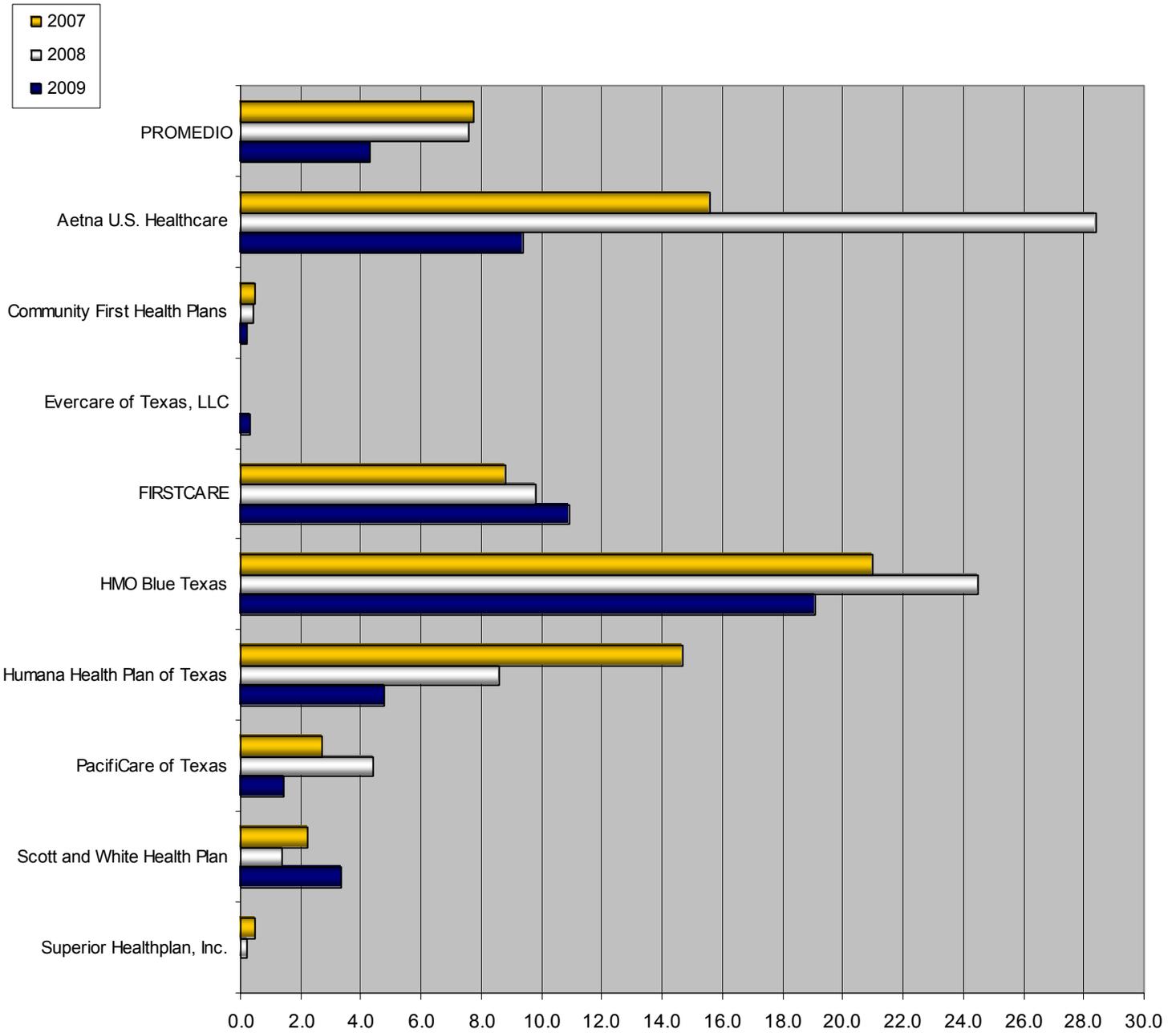


Fuente: Departamento de Seguros de Texas  
1° de Julio de 2006 al 30 de junio de 2009

\* Incluso doctores, hospitales, y otros proveedores de atención médica.

# Quejas Combinadas por cada 10,000 Afiliados

## HMOs con más de 50,000 Afiliados



Fuente: Departamento de Seguros de Texas  
1° de Julio de 2006 al 30 de junio de 2009

## Totales de Datos de Quejas

**del 1° de julio de 2008 al 30 de junio de 2009**  
**HMOs Servicios Basicos con más de 50,000 Afiliados**

	Total de afiliados hasta el 31 de Diciembre 2008	Quejas de Proveedores	Quejas de los Pacientes	Quejas Combinadas (paciente/proveedor)	Quejas de Proveedores por cada 10,000 afiliados	Quejas de los Pacientes por cada 10,000 Afiliados	Quejas Combinadas (paciente/proveedor) por cada 10,000 afiliados
Aetna U.S. Healthcare	223,470	180	30	210	8.1	1.3	9.4
Community First Health Plans	96,727	0	2	2	0.0	0.2	0.2
Evercare of Texas, LLC	98,992	0	3	3	0.0	0.3	0.3
FIRSTCARE	104,321	84	30	114	8.1	2.9	10.9
HMO Blue Texas	146,078	205	74	279	14.0	5.1	19.1
Humana Health Plan of Texas, Inc.	171,842	72	10	82	4.2	0.6	4.8
PacifiCare of Texas, Inc.	146,140	18	3	21	1.2	0.2	1.4
Scott and White Health Plan	180,738	36	24	60	2.0	1.3	3.3
Superior Healthplan, Inc.	277,582	1	0	1	0.0	0.0	0.0
<b>TOTAL/Promedio Servicios Basicos* (Planes &gt; 50,000 Afiliados)</b>	<b>1,445,890</b>	<b>596</b>	<b>176</b>	<b>772</b>	<b>3.4</b>	<b>1.0</b>	<b>4.3</b>

\* El promedio de proporción de quejas de los planes con más de 50,000 afiliados se calculó excluyendo el valor alto y bajo en cada columna.

Fuente de datos: Los datos de quejas ICIS del Departamento de Seguros de Texas (TDI) que se utilizaron en este proyecto fueron obtenidos del sitio electrónico de TDI. Las quejas se contaron como sigue: a) Propietario = HMO, b) Sujeto de Quejas no = ERISA, c) Línea de cobertura = Group A&H y utilizando una combinación de datos únicos de quejas ID, motivo de la queja y correspondiente. Los casos adicionales con el mismo ID y motivo de los que ya fueron contados son excluidos.

## Totales de Datos de Quejas

**del 1º de julio de 2008 al 30 de junio de 2009**  
**HMOs Servicios Basicos con menos de 50,000 Afiliados**

	Total de afiliados hasta el 31 de Diciembre 2008	Quejas de Proveedores	Quejas de los Pacientes	Quejas Combinadas (paciente/ proveedor)	Quejas de Proveedores por cada 10,000 afiliados	Quejas de los Pacientes por cada 10,000 Afiliados	Quejas Combinadas (paciente/ proveedor) por cada 10,000 afiliados
Arcadian Healthplan, Inc.	11,534	0	3	3	0.0	2.6	2.6
Bravo Health Texas, Inc.	11,184	2	0	2	1.8	0.0	1.8
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	47,222	17	6	23	3.6	1.3	4.9
Mercy Health Plans of Missouri, Inc.	10,508	2	0	2	1.9	0.0	1.9
Selectcare of Texas, L.L.C.	42,120	1	0	1	0.2	0.0	0.2
UNICARE Health Plans of Texas, Inc.	37,690	13	1	14	3.4	0.3	3.7
United Healthcare of Texas, Inc.	9,459	32	9	41	33.8	9.5	43.3
Valley Baptist Health Plan	12,470	4	4	8	3.2	3.2	6.4
<b>TOTAL/Medio Servicios Basicos* (Planes &lt; 50,000 Afiliados)</b>	<b>182,187</b>	<b>71</b>	<b>23</b>	<b>94</b>	<b>2.6</b>	<b>0.8</b>	<b>3.2</b>

\* El resumen de proporción de quejas de los planes con menos de 50,000 afiliados se basó en el medio en lugar del promedio para comparación.

Fuente de datos: Los datos de quejas ICIS del Departamento de Seguros de Texas (TDI) que se utilizaron en este proyecto fueron obtenidos del sitio electrónico de TDI. Las quejas se contaron como sigue: a) Propietario = HMO, b) Sujeto de Quejas no = ERISA, c) Línea de cobertura = Group A&H y utilizando una combinación de datos únicos de quejas ID, motivo de la queja y correspondiente. Los casos adicionales con el mismo ID y motivo de los que ya fueron contados son excluidos.

## Apelaciones y Quejas

Si su plan de salud se niegue a pagar por atención de salud que usted o su doctor cree es necesaria o adecuada, usted tiene el derecho a apelar esa decisión. Cuando su plan hace semejante negación, debe también informarle sobre el sistema interno de apelaciones del HMO.

Si su apelación es negado, usted tiene el derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente o IRO (Independent Review Organization) examine la decisión. El IRO tiene solamente 20 días para presentar su decisión.

Si su padecimiento amenaza la vida usted puede dirigirse directamente al IRO y no tiene que apelar primero por medio del sistema de apelaciones del HMO. El IRO entonces tiene solamente 8 días para presentar su decisión. Los planes de salud están obligados a pagar por el IRO y obedecer lo que el IRO decida.

Es posible que usted pueda proceder a entablar una demanda legal en contra del HMO si alguna decisión que el HMO emitió para su cuidado de salud le causó daños.

También, si tiene una queja en contra de su HMO usted puede presentarla ante TDI. Las quejas en contra de los proveedores de cuidados de salud deben presentarse ante la agencia acreditadora o las autoridades correspondientes.

Para más información sobre el proceso de los IROs o cómo presentar quejas (y otros derechos del paciente), favor de llamar al Departamento de Seguros de Texas:  
Línea de Información de IROs al (888) 834-2476.

<b>Apelaciones ante la Organización de Revisión Desde el 1º de julio de 2008 hasta el 30 de junio de 2009</b>	<b>Casos</b>	<b>Casos Resueltos a favor del HMO</b>	<b>Casos Resueltos a favor del paciente/afiliado</b>	<b>Casos Resueltos parcialmente a favor del HMO y del paciente</b>
Aetna U.S. Healthcare	8	4	4	1
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	4	3	1	0
Community First Health Plan	3	2	1	0
FIRSTCARE	2	0	1	1
Humana Health Plan of Texas, Inc.	1	0	1	0
PacifiCare of Texas, Inc.	1	0	1	0
Parkland Community Health Plan, Inc.	1	0	0	1
Superior Healthplan, Inc.	13	6	7	0
Texas Children's Health Plan, Inc.	1	1	0	0
UNICARE Health Plans of Texas, Inc.	1	1	0	0
Valley Baptist Health Plan	1	0	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>3</b>

Fuente: Departamento de Seguros de Texas  
IRO Database  
1º de Julio de 2008 al 30 de junio de 2009

